

Utilisation du péritoine vésico-utérin
dans l'hystéropexie
et la péritonisation du petit bassin

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Barthélemy RENAUD

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 23 Avril 1914, à ILE-D'YEU (Vendée)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

Utilisation du péritoine vésico-utérin
dans l'hystéropexie
et la péritonisation du petit bassin



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552413_0059

Utilisation du péritoine vésico-utérin
dans l'hystéropexie
et la péritonisation du petit bassin

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Barthélemy RENAUD

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 23 Avril 1914, à ILE-D'YEU (Vendée)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET. CLUZEL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. FROMENT
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements		PATEL.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique.....		LEPINE (J.).
Clinique Oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique urologique.....		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses		TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT
Chimie biologique et médicale		J. CHALIER
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET
Pathologie interne		POLICARD
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale		SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie		Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSEL	JOSSERAND	



EXAMINATEURS DE LA THESE

COTTE, président ; CREYSSEL, assesseur,
BERTRAND et CLAVEL.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. COTTE

Professeur de Clinique Gynécologique

Officier de la Légion d'Honneur

A la Faculté et à l'Hôpital nous avons grandement apprécié son enseignement dont nous garderons le plus durable et le meilleur des souvenirs.

Il a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse ; il nous fait aujourd'hui l'honneur d'en accepter la présidence.

Nous lui exprimons notre très respectueuse gratitude.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BERTRAND
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CREYSSEL
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CLAVEL

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. MATHIEU
Chef de Clinique Gynécologique
Prosecteur d'Anatomie

Il nous a toujours accueilli avec la
plus grande bienveillance, qu'il
veuille bien être assuré de toute notre
reconnaissance.

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A NOS CHEFS

Utilisation du péritoine vésico-utérin dans l'hystéropexie et la péritonisation du petit bassin

INTRODUCTION

S'il est peu contesté que la pathologie de la femme se résume souvent en celle de son appareil génital, il est également vrai que de toutes les affections gynécologiques, l'une des plus fréquentes est représentée par la rétroversion utérine.

Lorsqu'on connaît les troubles nombreux et variés provoqués par ce vice de position de l'utérus, on ne peut s'étonner de ce que les recherches ayant pour but le traitement des rétrodéviations aient donné naissance à une floraison de procédés chirurgicaux ayant chacun ses partisans et ses détracteurs.

Parmi ces méthodes multiples, la fixation de l'utérus au moyen du péritoine vésico-utérin préalablement décollé ou hystéropexie pelvique de Pestalozza est restée quelque peu méconnue. Elle mérite cependant, croyons-nous, une place meilleure dans cette branche de la chirurgie.

Cette technique déborde du cadre des simples fixations. Elle constitue en effet également un très bon

moyen de péritonisation après intervention sur l'utérus ou les annexes.

Passée alors au rang d'opération complémentaire, elle n'en garde pas moins toute sa valeur et à ce titre peut être utilisée couramment en gynécologie.

C'est dans cet esprit que depuis nombre d'années la technique italienne est employée à Lyon dans le service hospitalier de notre Maître, M. le Professeur Cotte, avec des résultats particulièrement satisfaisants. Depuis le mois de novembre 1932, 237 hystéropexies à la Pestalozza y furent pratiquées pour des indications diverses. C'est à partir de ces travaux et des enseignements recueillis à la clinique gynécologique de Lyon que nous avons pu élaborer ce travail au cours duquel nous envisagerons les points suivants :

- 1° Un bref historique de la méthode ;
- 2° Ses indications dans le traitement des rétroversions ;
- 3° Ses indications dans la cure du prolapsus ;
- 4° Ses indications dans les interventions pour annexites ;
- 5° Ses indications dans les myomectomies.
- 6° Conclusions.

HISTORIQUE

En 1906, le Professeur Ernesto Pestalozza présentait au Congrès Italien d'Obstétrique et de Gynécologie une méthode personnelle de fixation indirecte de l'utérus qu'il appelait « *Hysteropexis pelvica* ».

Le but fondamental du procédé est de mettre l'utérus en antéversion-flexion flottante dans le petit bassin au moyen d'une opération répondant à la triple indication statique, thérapeutique, obstétricale unie à une grande simplicité de technique.

Pestalozza montrait, en effet, lors d'études sur le segment inférieur de l'utérus, que l'on pouvait cliver avec la séreuse recouvrant la face antérieure de l'organe une fine couche ligamento-musculaire. Cette formation provenant de la plaque de renforcement de la vessie au niveau du segment appartient à ce que Borger nomme le « *retinaculum uteri* » et représente un organe assez important pour être transformé en un nouveau moyen de fixation.

L'hystéropexie pelvique fut employée à la clinique gynécologique de Rome, que dirigeait Pestalozza avec de bons résultats.

Cuzzi, en 1925, expose les résultats éloignés de la fixation de l'utérus à l'aide du péritoine vésico-utérin

sur 218 cas opérés depuis 1918 à la clinique de l'Université de Rome.

La méthode se répand en Italie : Marzetti, Pistuddi, Tasca l'utilisent avec satisfaction. Mais la nouvelle technique diffuse peu à l'étranger et c'est avec juste raison que Marzetti, en 1926, regrette que dans la longue énumération des moyens chirurgicaux visant à la cure des rétrodéviations « une méthode vraiment originale due à un des maîtres de la gynécologie italienne, n'ait pas trouvé sa place ».

A. Pistuddi déplore de même le silence et l'abstention qui règne à l'égard du procédé de Pestalozza, « complètement négligé en dehors de l'Italie ».

Nous citerons également le mot de Rossier au Congrès de Genève 1923 : « Opération de Pestalozza que je suis étonné de ne pas voir signalée dans les rapports si consciencieux et si documentés que j'ai sous les yeux ».

Et pourtant, Labadie, Lagrave et Legueu en donnent une description dans leur traité, Hartmann lui consacre un paragraphe de son Précis de Gynécologie opératoire, enfin la méthode fut exposée et discutée très favorablement en plusieurs Congrès. Bégouin, notamment, rapporteur du Congrès de Chirurgie de 1923, signale que le procédé de Pestalozza est très employé en Italie comme troisième temps de l'opération à la française dans la cure du prolapsus.

Jacobs, de Bruxelles, la pratique 31 fois avant 1926, Pissemsky 20 fois. En Allemagne, E. Borger se fait le propagandiste de la méthode italienne. J. Keefe, de Boston, en 1923, et Vander Elst, de Bruxelles, en

1927, décrivent chacun un procédé personnel de pexie utérine qui n'est qu'une modification de la technique de Pestalozza.

Il y a longtemps enfin qu'à Lyon M. le Professeur Cotte pratiqua pour la première fois une hystéropexie pelvique et, depuis, à la clinique qu'il anime, le Pestalozza est devenu, à titre de fixation ou de péritonisation, d'un emploi quotidien.

TECHNIQUE

Nous étudierons d'abord les temps de l'opération tels qu'ils ont été décrits par son auteur, puis nous ferons quelques remarques sur des points particuliers, enfin nous verrons les adaptations que peut subir le procédé suivant les besoins et comment certains gynécologues l'ont transformé pour en faire une opération qui leur est propre.

A. — Temps opératoires.

1° Position de Trendelenburg ; incision de Pfannens-tiel ; fixation du péritoine à la paroi ; mise en place d'un écarteur et de compresses pour isoler la grande cavité péritonéale. On voit alors la face antérieure de l'utérus.

2° On soulève l'organe en décollant les adhérences si elles existent. On vérifie les annexes, on les traite s'il y a lieu. Il est alors possible de mettre l'utérus en antéversion et de passer au premier temps de l'hystéropexie pelvique.

3° Une aiguille courbe montée est passée dans la paroi musculaire du fond utérin et les deux extrémités du fil de soie sont confiées à une pince de Péan.

Plus simplement notre Maître, M. le Professeur Cotte, se contente de saisir avec deux pinces à plateau les ligaments ronds, ce qui permet d'attirer l'utérus en haut sans traumatisme inutile pour l'appareil génital. On soulève alors le pli vésico-utérin et on l'ouvre au ciseau le plus haut possible sur la face antérieure



Fig. 1

de l'isthme, à la limite de la portion décollable et de la portion adhérente de la séreuse, ce qui correspond à la marge supérieure du segment inférieur (voir fig. 1). La circonférence de la brèche péritonéale sera retenue par une pince et attirée vers le haut de façon à avoir un lambeau triangulaire.

4° Le décollement que l'on poursuit au doigt, au ciseau ou à la compresse est mené latéralement jusqu'aux ligaments ronds.

5° L'utérus est alors basculé en antéversion et recouvert du lambeau que l'on fixe sur le fond ou la face postérieure, à l'aide du fil d'attente précédemment

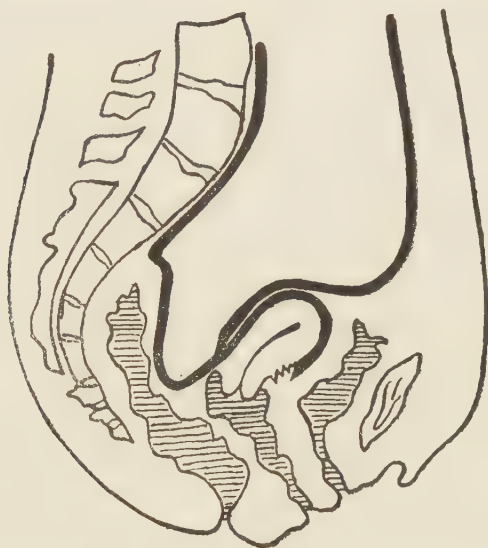


Fig. 2

posé (voir fig. 2). Si, comme cela se produit dans la technique de M. le Professeur Cotte, on n'a pas utilisé de fil d'attente, quelques points au catgut assurent la fixation. On augmente la solidité de l'ensemble par la pose d'un ou plusieurs points latéraux qui ont également l'avantage de supprimer tout hiatus sur les côtés entre les bords du lambeau et les ligaments ronds.

6° Fermeture de l'abdomen par une suture en trois plans.

B. — Remarques sur quelques points particuliers.

Le décollement, particulièrement commode chez la multipare, est, dans la majorité des cas, facile et la simple traction sur le lambeau permet d'obtenir une surface notable de séreuse. Le tissu sous-jacent étant plus lâche sur les côtés, il est quelquefois plus aisé de commencer ce décollement latéralement et de le poursuivre vers la ligne médiane.

En général les hémorragies sont peu importantes, s'arrêtent facilement au tamponnement et ne nécessitent pas de ligatures.

Cependant, on ne saurait trop apporter de soins à l'hémostase, afin d'éviter des hématomes qui, s'ils ne sont pas dangereux, sont toujours désagréables. Pour cela, éviter d'aborder un mauvais plan de clivage.

Pestalozza, et après lui Borger, insistent sur le soin à apporter à ce clivage. Il doit débiter haut sur l'isthme et conduire à la dissection, dans la préparation du lambeau, non seulement du feuillet séreux, mais aussi du plan fibro-musculaire sous-jacent.

Rossier signale également la nécessité de décoller la sous-séreuse en un lambeau pas trop mince.

Pistuddi note que pour le bon succès de l'opération il faut disséquer le plan résistant, probablement d'origine allantoïdienne qui double le péritoine.

La fixation ainsi réalisée est solide. En plus de la forte toile qui, après résorption des sutures, reste fixée à l'utérus, celui-ci est encore maintenu dans sa position par les adhérences qui se forment entre sa face antérieure, la portion avivée de son isthme et la surface, cruentée par le décollement, du dôme vésical.

Solide, l'antéversion obtenue est également souple par la non rigidité du capuchon recouvrant le fond utérin, et ce malgré les adhérences vésicales. Car si l'utérus repose sur la vessie, il ne peut l'empêcher de se remplir en le soulevant. Les deux organes sont solidaires, mais ils ne le sont que l'un de l'autre, cela évite tout tiraillement.

Cette souplesse, réglable à volonté par la mise en antéversion plus ou moins accentuée de l'utérus, par la fixation plus ou moins postérieure du lambeau, s'adaptera aisément à toutes les transformations qu'amène la gestation.

Deux éventualités peuvent mettre obstacle à l'emploi de la méthode de Pestalozza :

a) La réplétion vésicale qui gêne le décollement et la mise en antéversion. Inconvénient facile à éviter par un cathétérisme soigneux préalable, de règle avant toute intervention.

b) Une infiltration du péritoine vésical par un phlegmon diffus du pelvis. Le décollement est alors ardu et s'accompagne d'hémorragies. Le lambeau est friable et se déchire sous les sutures. On court le risque de voir se collecter des abcès entre l'utérus et son couvercle séreux.

C. — Modalités de technique.

L'opération type de Pestalozza prévoit la fixation du péritoine vésical sur le fond utérin ou un peu en arrière de lui. Cela peut suffire lors de la cure d'une rétroversion et dans les cas où les besoins de la péritonisation sont limités : ablation d'un myome du fond ou de la face antérieure. Un lambeau de 5 à 6 cm. remplit aisément ce rôle.

Mais il est d'autres circonstances, plus nombreuses, où l'on intervient sur un myome postérieur, des noyaux multiples ou sur les annexes ; les surfaces cruentées s'étendent alors loin en arrière et latéralement. Il peut être profitable aussi d'exclure le petit bassin. La dissection large d'un lambeau de 10 et même de 15 cm. permettra sa fixation au niveau de la face postérieure de l'utérus, des ligaments utéro-sacrés et même de la face antérieure du rectum.

Dans les cas fréquents de rétroversion associée à un léger degré de cystocèle, le procédé de Pestalozza permet également, suivant la pensée de son auteur, de traiter la cystocèle. Pour ce faire, après suture du péritoine pariétal, les deux extrémités du fil d'attente qui a été noué sont passées à travers la face profonde de l'aponévrose, attirant ainsi vers le haut le dôme vésical.

Il nous faut enfin signaler ici les méthodes où deux auteurs ont combiné les avantages de l'hystéropexie pelvique à ceux d'un raccourcissement des ligaments ronds :

a) Van der Elst, de Bruxelles, décrit, dans les *Archives Franco-Belges de Chirurgie* de 1927, sa technique de pexie utérine.

Après incision de Pfannenstiel, réduction de la rétroversion, afin de supprimer les culs-de-sac anormaux ainsi créés et d'obtenir la réduction du repli vésico-utérin, Van der Elst a donné la préférence au procédé de Pestalozza. En outre, celui-ci renforce l'action du raccourcissement des ligaments ronds qui va constituer le deuxième temps, au cours duquel on exécute une plicature intra-inguinale des ligaments avec fixation à l'orifice externe du canal qui vise à ne les altérer ni dans leur vitalité, ni dans leur contractilité.

Afin de péritoniser et de déplier, le lambeau séreux est fixé latéralement aux ronds par un surjet.

b) Keefe expose, dans le *Boston Medical and Surgical Journal* de 1923, une méthode personnelle de correction de la rétroversion dont voici les temps principaux :

Incision de Pfannenstiel. Réduction de la déviation. Les ligaments ronds se plissent alors. Incision du péritoine recouvrant le ligament suivant son axe et sur une longueur de 5 pouces environ centrée par l'insertion utérine. Découverte du ligament et raccourcissement en lui faisant former une anse dont les deux branches accolées sont solidarisées entre elles et à la face antérieure de l'utérus par des points au catgut chromé. Un surjet referme le péritoine ligamentaire.

Pour plus de sûreté, Keefe termine l'opération par la technique de Pestalozza légèrement modifiée en ce

sens qu'après le décollement du lambeau, il pratique un clivage vésico-utérin jusqu'au dôme vaginal, puis fixe par des points au catgut chromé la paroi antérieure de l'utérus à la paroi vésicale jusqu'à une ligne passant par les ligaments ronds.

Quant au bord supérieur du lambeau péritonéal il est fixé sur le fond ou la face postérieure de l'utérus recouvrant largement les sutures ligamentaires.

Ainsi, l'auteur américain ajoute-t-il à un raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds une hystéropexie pelvique dans laquelle des points peu résorbables assurent une solidarisation de la vessie et de l'utérus, laissée dans la technique primitive aux seules adhérences.

Keefe estime que l'action de clivage et d'élévation de la vessie en même temps qu'elle pousse vers le haut la paroi antérieure du vagin, lutte contre la cystocèle et un léger degré de prolapsus de l'utérus.

INDICATIONS

DANS LE TRAITEMENT DES RETROVERSIONS

Par leur fréquence et les troubles qu'elles entraînent, les rétrodéviations ont provoqué l'apparition de nombreuses méthodes visant à leur cure chirurgicale. Aussi, Van der Elst pouvait-il en citer 217 au Congrès de Genève de 1923.

La multiplicité des techniques, les discussions dont elles sont l'objet prouvent qu'elles laissent toutes à désirer et ne sont pas applicables sans discernement à tous les cas.

Ainsi que le faisait remarquer Rossier lors de ce même Congrès, il est étonnant de ne pas voir signalé le procédé de Pestalozza dans des rapports si documentés.

C'est là sans doute une méthode ajoutée à beaucoup d'autres ; mais nous croyons que les qualités de l'hystéropexie pelvique lui méritent de sortir de l'ombre et d'occuper une place honorable dans le traitement des rétrodéviations.

Que se propose en effet une telle intervention ? Obtenir, par une technique simple et de préférence rapide une position correcte et solide de l'utérus en évitant les complications proches et lointaines ; permettre une vie génitale normale, notamment l'évolution d'une

grossesse, tout en assurant la constance du résultat thérapeutique.

Nous verrons d'abord comment la fixation par le péritoine vésico-utérin remplit ces conditions. Nous étudierons ensuite quelques cas particuliers où elle est le meilleur moyen de corriger la rétroversion.

I. — Technique simple.

La simplicité et la rapidité de l'intervention découlent du mode opératoire exposé au précédent chapitre.

Les deux temps les plus longs sont sans doute l'ouverture et la fermeture de la paroi. Quelques minutes suffisent pour décoller le lambeau vésical, encapuchonner l'utérus sous le voile péritonéal et fixer celui-ci par quelques catguts au fond ou à la face postérieure de l'organe.

Pas de muscles à perforer, de ligaments à isoler et attirer dans une brèche musculaire ou dans le canal inguinal ; pas d'effondrement des ligaments larges, pas de sutures rétro ou pré-utérines à recouvrir. La péritonisation se fait en même temps que la fixation.

Quinze à vingt minutes s'écoulent entre le début de l'incision et la fermeture de la paroi, compte tenu du soin apporté à l'hémostase du décollement et au choix du plan de clivage.

II. — Fixation solide.

Cette correction simple est également solide. L'utérus est en effet maintenu en place d'abord par l'amar-

rage que constitue pour lui le feuillet séreux tendu entre son fond et le dôme vésical. L'attache utérine de ce hauban, assurée primitivement par les fils, sera bientôt renforcée par le jeu des adhérences entre le fond de l'organe et la face inférieure cruentée du lambeau.

Par la portion avivée de son isthme, l'utérus va contracter avec la face postérieure dépéritonisée du réservoir urinaire des connexions intimes maintenant l'antéversion. Cependant le plan de clivage peut être retrouvé et la fixation ne compromet pas l'idée d'une réintervention. Roman cite, dans sa thèse, le cas d'une malade ayant eu un Pestalozza et à qui on dut faire ultérieurement une hystérectomie. Le clivage fut facile et l'opération se déroula tout à fait normalement.

En outre, le comblement du cul-de-sac vésico-utérin reporte en arrière la poussée des anses grêles et la pression abdominale s'exerçant sur la face postérieure devenue supérieure de l'utérus contribue à maintenir la correction. Un large décollement, enfin, permet, en même temps que d'obtenir un degré d'antéversion de plus que par les autres méthodes, de combler, par la suture du lambeau aux ligaments utéro-sacrés, le Douglas, centre d'attraction pour le fond utérin.

Borger a vérifié une fixation par ce procédé au cours d'une laparotomie itérative après l'accouchement. Il a vu que la pexie avait parfaitement tenu et résisté au développement de la grossesse. Elle formait vue d'en haut un voile triangulaire à base pariétale et à sommet tronqué sur la face postérieure de l'utérus ; au palper ce voile se montrait d'une épaisseur et d'une

résistance suffisante tant dans le sens sagittal que dans le plan horizontal.

Rossier a obtenu de cette méthode toute satisfaction. Pestalozza sur 10 cas observés six mois, Jacobs sur 31 cas suivis trois ou quatre ans, Pissemsky sur 20 cas suivis six ans n'ont pas observé une seule récurrence. Cuzzi suivant durant un temps variant entre quatre et douze ans, 218 opérés ayant eu une hystéropexie pelvique n'a constaté qu'une seule récurrence.

A la Clinique de M. le Professeur Cotte, 15 malades de 1932 à 1938 ont eu une fixation par ce procédé ; aucune d'entre elles ne s'est représentée à la consultation pour un trouble quelconque.

Ces résultats, si on les compare à ceux obtenus par les autres méthodes sont très en faveur de la technique de Pestalozza. Les statistiques publiées par Borger, donnent, en effet : pour l'Alexander-Adams : 12,2 % de récurrence ; pour la vagino-fixation : 18,2 % ; la ventro-fixation : 3,1 % et pour l'hystéropexie pelvique : 0,36 % seulement.

De tels chiffres montrent bien l'efficacité du procédé.

III. — Position physiologique.

W. A. Freund écrit : « l'utérus n'est pas un organe de la grande cavité abdominale ; c'est un organe pelvien et toute suspension à la paroi est antiphiysiologique ».

C'est une des qualités majeures de la fixation par

le péritoine vésico-utérin que de maintenir l'utérus dans le petit bassin et de mériter vraiment le nom d'hystéropexie pelvique. Par ce moyen, la statique générale des organes du pelvis est respectée. L'utérus en antéversion souple et antéflexion légère a son corps attiré en avant, son col repoussé dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Dans les autres procédés de ligamentopexies, l'utérus est en bloc attiré en avant.

L'Alquié-Alexander par la traction suivant la direction normale des ligaments ronds obtient une position presque aussi physiologique ; mais si cette méthode jouit des avantages des procédés extra-péritonéaux, elle en a aussi les inconvénients. Elle ne permet pas de contrôler de visu la position obtenue qui reste difficilement appréciable par le toucher ; elle rend impossible la libération d'adhérences et la vérification des annexes, expose par la suite à des tiraillements douloureux et ne peut s'appliquer qu'à quelques cas de rétroversion mobile, facilement réductible. Aussi, nombre d'auteurs, dont Gosset, rejettent-ils tout procédé n'ouvrant pas le péritoine.

Le procédé de fixation de Doléris, tel que le pratique M. le Professeur Cotte avec transposition péritonéale au ras de l'arcade crurale après modification d'insertion des trompes si elle est nécessaire, est une excellente méthode réalisant l'antéversion utérine normale par traction dans l'axe des ligaments ronds. La valeur des résultats obtenus, l'absence dans sa statistique personnelle de toute complication immédiate ou lointaine (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1937) fait considérer par notre Maître cette tech-

nique comme celle qu'il faut appliquer dans l'immense majorité des rétroversions. Les autres procédés ne vivent guère que de ses contre-indications.

Cela ne diminue en rien la valeur propre de la fixation au moyen du lambeau péritonéal décollé à la Pestalozza. La fixation y est médiane et fundique, non latérale, parfaitement symétrique et ne peut entraîner de torsion de l'utérus sur son axe. L'expérience montre également que malgré les rapports étroits établis entre l'utérus et la vessie, le fonctionnement de ce dernier organe n'en souffre pas et que les troubles vésicaux qui ont pu être observés n'excèdent ni par leur fréquence, ni par leur gravité ceux que l'on peut habituellement constater après toute intervention sur l'appareil génital féminin.

IV. — Possibilité de grossesse.

Cette qualité d'être physiologique vaut à la méthode la possibilité de s'accommoder fort bien de la grossesse et de l'accouchement.

A condition que l'on ait pris garde — ainsi que le recommande Pestalozza — de ne pas exagérer l'antéversion et de laisser à l'utérus une certaine mobilité, la toile péritonéale se distend, sans s'allonger démesurément et s'adapte à toutes les transformations qu'amène la gestation.

Dans un récent travail de Cuzzi, publié en 1925, l'auteur expose les résultats éloignés du traitement à la Pestalozza d'après les cas opérés à la Clinique Obsté-

tricale et Gynécologique de l'Université de Rome à partir de 1918. Il ressort de ce rapport que sur 218 femmes opérées, 90 ont eu des gestations qui ont évolué normalement ; que sur ces 90, 33 ont accouché une fois, 30 deux fois, 7 trois fois. A une exception près l'accouchement se passa sans incident.

Dans cet unique cas, une présentation de l'épaule avec placenta prævia et hémorragies abondantes nécessita une césarienne à terme. Lors de l'intervention, Cuzzi fut en présence d'un utérus en antéflexion exagérée fixé dans sa position par le lambeau adhérent au niveau du fond utérin par son bord libre. Après avoir très facilement libéré et vidé l'utérus, l'auteur fit une nouvelle fixation par le même procédé.

Il est probable que cet incident fut la conséquence d'une fixation trop serrée, incapable peut-être de provoquer l'insertion vicieuse du placenta, mais qui, gênant le développement de l'utérus gravide, entraîna vraisemblablement la mauvaise présentation. En tous cas, cette gestation troublée n'est pas imputable au principe de la méthode mais à une erreur de technique.

Rossier a vu trois de ses opérées traverser sans encombre une nouvelle grossesse, accoucher sans incident et la rétroversion ne s'est pas reproduite.

A la clinique gynécologique de Lyon, trois malades sont devenues enceintes et ont accouché normalement.

Il y a loin de ces résultats à ceux fournis par les fixations directes, dont les complications durant la grossesse ou lors de l'accouchement — césariennes pour troubles graves, avortements, ruptures utérines — sont nombreuses dans la littérature. Henneberg avoue y

avoir renoncé parce qu'elles peuvent entraîner des dystocies.

V. — Absence de complications.

Donnant de sérieuses garanties au sujet de la récurrence et de la dystocie, la fixation à l'aide du péritoine vésical offre également toute sécurité à l'égard des autres complications des hystéropexies.

Dans les pexies directes, qu'elles soient isthmiques ou corporeales, les adhérences, même sans l'intervention d'une grossesse, ont une remarquable tendance à se laisser distendre. En s'étirant, elles forment entre la face antérieure de l'utérus et la paroi, en pleine cavité abdominale, un ligament suspenseur médian sous lequel risque de s'engager une anse intestinale. De plus, en attirant l'utérus vers le haut, on tend les ligaments larges qui deviennent deux crêtes saillantes donnant naissance à des recessus latéraux qui dirigent les anses grêles vers l'espace pariéto-utérin où elles menacent de s'étrangler.

Kreutzman cite 7 cas d'occlusion aiguë provoqués par une telle fixation. Guy (*Thèse de Paris*, 1937) signale les complications chirurgicales et obstétricales des divers modes de fixations utérines.

Bazy a réopéré une malade chez laquelle il a trouvé une bride d'adhérence longue de 3 centimètres sous laquelle une anse grêle s'était engagée.

Dans les ligamentopexies les cas d'occlusion observés sont plus rares. Cependant, les ligaments peuvent

aussi céder principalement lors d'une gestation. Extensibles, ils s'allongent, peu élastiques, ils reviennent mal sur eux-mêmes. Il y a alors deux brides limitant trois orifices, un central, deux latéraux, prédisposant à l'occlusion. Une fixation ligamentaire trop serrée peut entraîner des tiraillements douloureux et même des coutures de la trompe. Caraven, Auvray, Müller, Cotte et Peycelon citent des cas d'inclusion de la trompe dans la paroi avec salpingite en quelque sorte intra-pariétale. Enfin, la perforation des muscles droits affaiblit la sangle abdominale et peut prédisposer aux hernies. Comme nous l'avons déjà dit, c'est une technique à conserver car ces accidents sont rares. Sur plus de 600 fixations ligamentaires, M. le Professeur Cotte n'en a pas constaté un seul.

L'hystéropexie pelvique a l'avantage de ne donner lieu cependant à aucune de ces complications. Si l'on prend soin de supprimer par un surjet l'espace libre latéral qui peut exister au niveau des bords libres du lambeau péritonéal et de respecter le libre jeu du mésosalpinx, ou peut avoir toute confiance en l'avenir de ses opérées.

VI. — Indications spéciales.

Il est enfin des cas, où seule, la fixation par le procédé de Pestalozza peut être envisagée pour la correction de la rétroversion.

Les ligaments ronds sont parfois minces et distendus soit à la suite d'infection chronique de la sphère

génitale, soit par laxité primitive des tissus et ce n'est alors qu'un cas particulier du phénomène général de ptose. Quoi qu'il en soit, ils constituent alors de bien mauvais tracteurs pour la mise en bonne position de l'utérus et leur gracilité est un faible rempart contre la récurrence.

Il est relativement fréquent de voir en même temps qu'une rétrodéviation un degré plus ou moins marqué d'inflammation du pelvis ayant atteint le péritoine ligamentaire et parfois le ligament lui-même. Il faut prendre garde, malgré la solidité de ces haubans qui peut être conservée, de ne pas les inclure dans la paroi abdominale car on risque alors un abcès pariétal.

Dans tous ces cas la fixation par le péritoine vésico-utérin sera le moyen pratique et sûr de procéder à l'hystéropexie.

Il peut arriver également que l'on soit dans la nécessité de réintervenir pour remédier aux troubles provoqués par une ligamentopexie. C'est ainsi que depuis 1935, 7 malades ayant eu ailleurs une fixation ligamentaire furent conduites à la consultation de la Clinique de M. le Professeur Cotte par des douleurs constantes exacerbées par les efforts et la menstruation.

L'intervention montra 5 fois une coudure des trompes et dans les deux autres cas une inclusion de ces organes dans la paroi. La déligamentopexie dut être pratiquée et la nécessité de maintenir l'utérus conduisit à faire l'hystéropexie par la méthode de Pestalozza.

A titre d'indication moins absolue, il faut citer les circonstances dans lesquelles, réintervenant pour ré-

trodévation chez des femmes ayant eu déjà une laparotomie médiane, l'incision de Pfannenstiel est difficile et la sangle des droits peu apte à être perforée ; il est alors plus satisfaisant de pratiquer, au lieu d'un Doléris, une hystéropexie pelvique.

INDICATIONS DANS LA CURE DU PROLAPSUS

Les procédés de traitement sont ici moins nombreux que pour la correction de la rétroversion, mais les modalités de leur emploi n'en sont pas moins discutées.

Le XXXII^e Congrès de Chirurgie de 1923 consacré à l'étude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux, nous montre ces divergences.

Quelques données précises ont cependant obtenu l'assentiment de la majorité des congressistes. L'une d'elles nous intéresse plus particulièrement : c'est la valeur de l'hystéropexie, seule ou associée, dans la cure du prolapsus.

L'étude des indications de la fixation de l'utérus sera la première partie de ce chapitre. Nous verrons ensuite comment la technique de Pestalozza, outre les méthodes couramment utilisées, peut prendre place dans le traitement de cette affection.

I. — Rôle et indications de l'hystéropexie.

Limité de l'avis de tous, le rôle de la fixation utérine n'est cependant pas négligeable.

Bégouin rapporteur du Congrès de 1923 écrit à ce sujet :

« L'hystéropexie isolée, quel que soit son mode, « mérite presque la même condamnation que l'hysté- « rectomie. C'est un traitement des rétrodéviations « tout à fait insuffisant à guérir les grands prolapsus. « Si elle a donné des résultats dans des cas légers, « spéciaux, dans le prolapsus vrai, elle n'est ordinai- « rement suivie que d'une amélioration passagère. »

« Par contre c'est une excellente opération complé- mentaire de réfection colpo-périnéale pour la perfec- tion et le maintien des résultats. »

Il nous faut aussi envisager l'hystéropexie successi- vement comme opération isolée et comme opération complémentaire.

A. — HYSTÉROPEXIE ISOLÉE.

Il est fréquent de voir après hystéropexie chirurgi- cale le prolapsus se produire malgré la fixation. Sous la pression intra-abdominale le plancher périnéal s'affaisse, la traction sur le col est si forte que, si l'on a fait une ligamentopexie les ligaments s'allongent et finissent par céder ; si l'on a fait une ventrofixation, les adhérences s'étirent formant le « fundal ligament » des auteurs anglais prédisposant à l'occlusion. Si, en- fin, la fixation est solide, le tissu utérin s'étire au point de constituer cet allongement hypertrophique sus-va- ginal qui permet à la cavité utérine de mesurer 15 à 20 centimètres ; parfois même la paroi se déprime en en- tonnoir.

L'hystéropexie isolée ne peut donc assurer, dans la majorité des cas, un résultat satisfaisant dans le traitement des prolapsus.

Mais il est des circonstances, relativement rares, il est vrai, dans lesquelles on constate chez des vierges ou des nullipares jeunes, dont le périnée est intact, un prolapsus isolé de l'utérus avec parfois un léger degré de cystocèle. Cet état de chose est fréquemment en relation avec des ptoses viscérales généralisées, c'est alors la hernie de faiblesse ; dans un autre ordre de faits le prolapsus est aigu, conséquence d'efforts violents ou répétés : c'est une hernie de force.

En tous cas, de nombreux auteurs : Bégouin, Savariaud, Lapeyre, Brodier admettent alors qu'étant données l'étroitesse du vagin, la solidité du plancher périméal, la nécessité de prévoir des accouchements ultérieurs, seule une fixation est à envisager.

Leclerc en cite des cas très satisfaisants. Léo a opéré de même avec succès une primipare de 22 ans.

Plus généralement, il est même possible de dire que : chez toute femme jeune pour laquelle il est nécessaire de réserver la possibilité d'une gestation, dont le prolapsus modéré n'exige pas une cure radicale immédiate, une simple hystéropexie suffit pour enrayer la chute de l'utérus et permettre d'attendre la ménopause. Il est, alors possible, sans inconvénient, de procéder à la réfection colpo-périnéale.

B. — HYSTÉROPEXIE COMPLÉMENTAIRE.

Après réduction du prolapsus par le temps périnéal, l'utérus est souvent en rétroversion ou s'y mettra. Le

col arrive dans l'axe du vagin et tend sous la pression abdominale augmentée par la toux et les efforts à s'y enfoncer, à le tarauder en le dilatant. Il y a donc indication de détruire cet axe s'il existe, de l'empêcher de se former s'il n'existe pas encore.

Il vaut mieux, au lieu d'une suspension qui réserve des déceptions faire une déviation, détruire la ligne droite, désaxer utérus et vagin. Le poids de l'organe applique alors les parois vaginales l'une contre l'autre au lieu de les écarter.

Hartmann, Siredey, Delbet, Terrier reconnaissent les excellents effets complémentaires de la pexie garantissant contre la rétroversion amorce de la récidue. Roussiel de Bruxelles y attache une importance égale à celle de la colpo-périnéorrhaphie.

Walther, enfin, en fait le troisième temps très recommandable de l'opération française.

II. — Valeur de la méthode de Pestalozza.

Pour cette hystéropexie, quels sont les procédés les plus utilisés?

D'abord, désaffection presque générale pour les méthodes extra-péritonéales type Alquié-Alexander. Gourdet de Nantes est à peu près seul à pratiquer le raccourcissement intra-inguinal des ligaments ronds. Les chirurgiens craignant la laparotomie se passent plutôt de l'hystéropexie.

Les procédés en faveur sont les fixations directes isthmiques ou corporelles si toute hypothèse de gros-

sesse est écartée, les ligamentopexies type Doléris et diverses techniques de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds s'il est nécessaire de prévoir une gestation.

Bégouin signale qu'en Italie la méthode de Pestalozza est très employée.

L'hystéropexie pelvique répond en effet, à l'égal des autres méthodes intra-péritonéales aux conditions exigées de l'hystéropexie dans la cure du prolapsus.

Elle offre là, comme pour le traitement des rétro-déviation toute sécurité quant au développement d'une grossesse, toute sécurité aussi vis-à-vis des dangers d'occlusion, d'étranglement signalés après ligamentopexie.

En outre, le but de la fixation complémentaire ou isolée étant ici de réaliser un désaxement entre l'utérus et le vagin, beaucoup plus que d'obtenir une suspension, la méthode italienne satisfait parfaitement à la demande en permettant de donner à l'antéversion un degré de plus que par les procédés ligamentaires habituels.

Dans cette technique, pas de ligaments qui s'allongent, pas de brides qui s'étirent mais un utérus fortement antéversé, fermant l'*hiatus genitalis*, recevant sur sa face supérieure la poussée abdominale qui le maintient dans sa position. Ainsi tout sera fait pour éviter la récidence.

A noter également que dans certains prolapsus chroniques traduisant une laxité congénitale des tissus, l'utérus est souvent friable à l'excès et possède une remarquable tendance à se déchirer sous les sutures

qui s'efforcent de le suspendre. La fixation à l'aide du péritoine vésico-utérin a l'avantage d'obvier à cet inconvénient.

Il résulte de ces considérations que, concurremment aux autres techniques et présentant à l'égard de nombre d'entre elles des avantages certains, la fixation de Pestalozza peut prendre place à titre d'opération complémentaire ou isolée dans le traitement du prolapsus génital. Son rôle reste modeste, à l'égal de celui de toute hystéropexie, mais n'en est pas pour autant négligeable.

Signalons cependant, que M. le Professeur Cotte ne pratique guère dans le traitement des prolapsus que des opérations vaginales dont la gamme permet la reconstitution de l'angle utéro-vaginal et la réfection du périnée.

Il faut réduire par conséquent cette application du procédé de Pestalozza, c'est une indication qu'il lui a bien rarement reconnue.

INDICATIONS

DANS LES INTERVENTIONS POUR ANNEXITES

Bonne opération de fixation, l'hystéropexie pelvique constitue également, un excellent moyen de péritonisation. A cet effet, il en est fait large usage à la Clinique Gynécologique de Lyon ; depuis 1933, cette méthode a été employée 182 fois comme opération complémentaire dans le traitement des inflammations des annexes.

Elle remplit alors un double but : péritoniser et lutter contre la rétroversion concomitante ou à venir.

I. — Rôle de péritonisation.

A côté des cas où la simple résection d'un ovaire scléro-kystique, une salpingolysis, l'ablation même totale d'un ovaire constituera tout le traitement de l'annexite, il en est d'autres plus nombreux où le stade avancé de l'infection nécessitera des exérèses plus larges ou des opérations conservatrices plus complexes.

C'est ainsi que l'on peut être conduit à pratiquer des salpingectomies étendues, des castrations totales uni ou bilatérales, des évidements des cornes uté-

rines pour salpingite interstitielle, des réimplantations tubaires. On sera donc, en fin d'opération, en présence de longs surjets dont on ne pourra garantir l'asepsie. Il faut fréquemment extirper de volumineux pyo-salpinx et des abcès de l'ovaire adhérents à la face postérieure du paramètre ou prolabés dans le Douglas ; on peut avoir à faire l'ablation de poches de pelvi-péritonite enkystée, de masses caséeuses du cul-de-sac recto-utérin. Il est possible que l'on ait à libérer des connexions intimes qu'ils ont contractées au niveau des foyers inflammatoires, une ou plusieurs anses intestinales appartenant au côlon iliaque ou au grêle. Des exsudats puriformes parsèment souvent le péritoine du petit bassin.

Dans toutes ces circonstances, il existe de vastes surfaces cruentées obtenues par un clivage plus ou moins parfait et un degré d'infection généralisée du pelvis qui, si on veut éviter de nouvelles et dangereuses adhérences intestinales de même qu'une propagation du processus inflammatoire à la grande cavité, nécessitent une péritonisation soigneuse. L'exclusion complète du petit bassin est même recommandable.

Tout en laissant les annexes restantes au-dessus du plan de péritonisation, le décollement du péritoine vésico-utérin et sa suture aux utéro-sacrés ou à la face antérieure du rectum permettra de recouvrir les surjets douteux, les surfaces avivées et inflammées.

On pourra pour plus de sûreté ajouter à plaisir un deuxième plan de couverture à l'aide du mésosigmoïde et y joindre la fermeture des gouttières lombopsoïques.

Ce procédé de méfiance ne présente aucun inconvénient et, du point de vue sécurité peut offrir des avantages certains. La thèse récente de Roman (Lyon 1939) en a montré la valeur.

II. — Rôle statique.

Il arrive souvent de constater au cours d'une intervention sur les annexes la présence d'une rétroversion associée comme ce fut le cas chez 54 de nos malades sur les 182 opérées pour annexite. Cela n'a rien d'étonnant vu le rôle important de l'infection dans la genèse des rétrodéviations. La libération des adhérences ne suffit pas en général à redresser l'utérus, ou si elle suffit n'empêchera pas une prompte récurrence. Henneberg et Proust reconnaissent la nécessité de faire une fixation complémentaire. Il arrive qu'on soit obligé d'aller vite afin de ne pas prolonger outre mesure l'opération. La méthode de Pestalozza en même temps qu'elle péritonisera servira à la correction de la position utérine et la maintiendra.

Dans 128 cas, les malades opérées pour annexite avaient un utérus en bonne position et il leur fut fait cependant un Pestalozza complémentaire. Nombreuses en effet sont les femmes qui se présentent en pleine crise aiguë d'annexite et chez lesquelles un toucher montre un utérus normalement antéfléchi ; la crise cède au traitement médical ; beaucoup reviennent plus tard avec un utérus horizontal ou complètement rétroversé. L'infection s'est propagée aux ligaments ronds,

aux lames utéro-sacrées qui, ainsi lésés, se sont laissés distendre sous le poids d'un utérus, souvent atteint lui-même, lourd et congestionné. L'organe a d'abord acquis une mobilité excessive puis son fond a basculé dans le Douglas.

Pourquoi, alors que l'annexite oblige à intervenir et que les rétractions cicatricielles post-opératoires vont ajouter leur action au processus infectieux, ne pas profiter d'une technique inoffensive et rapide afin de prévenir la position vicieuse.

L'hystéropexie pelvique est alors préventive mais n'en garde pas moins toute sa valeur.

INDICATIONS DANS LES MYOMECTOMIES

Les avantages qui valent à la méthode de Pestalozza un emploi très général dans le traitement des annexites lui méritent également un rôle important dans les myomectomies.

Au cours des interventions pour myomes, il y a des sutures utérines au niveau desquelles il est difficile de faire deux plans et qu'il importe de recouvrir afin d'éviter les adhérences, peu graves si elles sont épiploïques ou de l'iliaque, dangereuses si c'est du grêle.

Souvent, on se trouve dans l'obligation d'ouvrir la cavité utérine ; soit que l'on ait affaire à un myome interstitiel à important développement vers l'intérieur de l'organe, soit que l'on doive énucléer un adénomyome avec exérèse partielle de l'utérus, soit enfin que s'imposent, en présence d'un utérus myomateux sans noyau bien individualisé, une exploration intra-cavitaire et un prélèvement de myomètre ou de muqueuse. Dans tous ces cas, on a ouvert un organe creux qui n'est pas vierge de contamination éventuelle ; et le danger septique subsiste même s'il a été fait par la brèche une injection intra-utérine de mercurochrome. D'où l'obligation d'enfouir nettement les sutures de

la tranche utérine et de prendre garde à ce que les catguts douteux ne viennent pas apparaître à travers les points péritonéaux.

Le décollement du péritoine vésico-utérin et sa fixation en capuchon au-dessus de l'utérus réalise un deuxième plan de couverture donnant toute satisfaction. Le même moyen peut être utilement employé dans le cas d'opération de Kelly-Beuttner, c'est-à-dire d'hystérectomie fundique.

Dans le même but, Violet utilise le péritoine vésical suivant un mode différent. Il le plisse sans le décoller et fixe le double feuillet ainsi obtenu au fond utérin. Ce procédé s'il est plus simple que celui de Pestalozza n'a pas les mêmes avantages. Il ne permet pas, l'auteur le reconnaît d'ailleurs, de dépasser une ligne de fixation située au niveau du fond utérin sous peine d'avoir une tension trop forte de la séreuse et une antéflexion exagérée de l'utérus. La péritonisation du versant postérieur du fond et de la face postérieure de l'organe est ainsi impossible. Le décollement au contraire, fait au prorata des besoins, donne un large lambeau pouvant recouvrir tout ou partie de l'utérus suivant que les surfaces à péritoniser siègent sur la face antérieure, le fond ou la face postérieure de l'organe.

Ici, comme dans les annexites, la rétrodéviation est une complication fréquente ; soit qu'on la trouve à l'ouverture, soit qu'on craigne qu'elle ne se produise à plus ou moins longue échéance en présence d'un utérus pesant et déformé dont les moyens de suspension sont souvent affaiblis.

La technique de Pestalozza permet également de

traiter la rétroversion si elle existe, de la prévenir si elle menace. Elle est alors plus solide que la fixation par le péritoine vésical non décollé qui adosse deux faces de séreuse revêtues de leur endothélium.

C'est dans ce but et dans celui de pratiquer une bonne péritonisation que le procédé italien fut employé 40 fois depuis 1933, à la Clinique gynécologique de Lyon comme complément de myomectomies.

CONCLUSIONS

I. — Le décollement du péritoine vésico-utérin trouve en pratique gynécologique de nombreuses applications.

C'est un procédé simple dans sa technique et d'exécution rapide, physiologique parce qu'il maintient l'utérus organe pelvien dans le petit bassin et qu'il obtient une antéversion assez solide pour ne pas permettre de récédive et assez souple pour s'accommoder sans troubles de l'évolution d'une grossesse et de l'accouchement. Cette méthode donne enfin de larges garanties contre les complications ordinaires des fixations directes ou ligamentaires.

II. — A titre de fixation la méthode italienne sera employée dans :

A. — *Le traitement de la rétroversion.* — Ici, la fixation ligamentaire type Doléris restant la méthode applicable à la majorité des cas, le procédé de Pestalozza sera l'opération de choix :

1° Lorsque la gracilité des ligaments ronds les rendra inutilisables pour une fixation ;

- 2° Lorsque ces ligaments, infectés du fait de lésions inflammatoires concomitantes du pelvis ne pourront sans danger être passés dans la paroi ;
- 3° Lorsque, chez une malade ayant eu une ligamentopexie, on réinterviendra pour une récurrence ou pour obvier aux complications d'une fixation trop serrée avec coudure de la trompe.

B. — *La cure du prolapsus* :

- 1° La technique de Pestalozza a sa place, concurremment aux autres modes de fixation, comme troisième temps de la triple opération de Walther ;
- 2° Dans les cas de prolapsus léger avec cystocèle chez des femmes jeunes pour lesquelles il faut prévoir l'éventualité d'une grossesse, l'hystéropexie pelvique, en rétablissant l'antéversion normale et en désaxant l'utérus et le vagin, permet d'enrayer le processus de ptose et d'attendre la ménopause pour refaire solidement le périnée.

III. — Le décollement du péritoine vésico-utérin constitue également un excellent procédé de péritonisation.

Dans ce but, il peut être utilisé, à titre d'opération complémentaire :

A. — *Dans les myomectomies* où le lambeau décollé servira à recouvrir les incisions utérines et soutiendra ces utérus pesants, myomateux, évitant leur chute en arrière.

B. — *Dans les interventions pour annexites.* — Il réalise l'exclusion du petit bassin et l'isolement du foyer infecté en même temps qu'il constitue un traitement inoffensif, curatif ou préventif de la rétroversion associée ou secondaire si fréquente.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
G. COTTE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 Juin 1939

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — *Arch. mens. d'Obst. et Gyn.*, 1912, t. II, 481.
- AMATHIEU. — La déligamentopexie. *Thèse de Lyon*, 1937.
- BARNSBY. — Congrès Français de Chirurgie, 1908.
- BAZY. — *Revue de Gynécologie*, 1912, t. I, 136-182.
- BELLANGER. — Traitement des rétrodéviations (*Journ. de Méd. de Paris*, 1926, XLV, 228).
- BORGER (E.). — Vergleinde Beurkungen zu einigen Methoden der operativen Behandlung der Retroversion flexion uteri mit besonderer Berücksichtigung der Hysteropexis pelvica (*Wie Med. Wöchenschrift*, 1924).
- BUSTAMANTE. — Desvacines uterinas. (*Rev. med. Cubana Habana*, 1923, XXXIV, 8, 553).
- COTTE. — Traitement des rétrodéviations en dehors de la grossesse (*Lyon Médical*, 25 novembre 1923, t. II, 997).
- Sur la possibilité de la chirurgie conservatrice dans le traitement des annexites (*Gynéc. et Obst.*, 1934).
 - Réflexions sur certains échecs de la chirurgie conservatrices des annexes (*Paris Médical*, 1938).
- COTTE et BERTRAND. — La déligamentopexie (*Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, 1937).
- COTTE et PEYCELON. — *Gyn. et Obst.*, 1926, t. I, 241.
- CROSSEN. — Gynécologie opératoire, 1920.
- CROUSSE. — Congrès de Genève, 1923.
- CUZZI et PESTALOZZA. — Studi anatomi sull' utero in gravidanza ed in travaglio (*Mailand. Tip. Rebeschini*, 1890).

- CUZZI (G.). — Résultats éloignés du traitement des rétroversions par la méthode de Pestalozza (*Rassegna d'Ostetr. e ginec.*, Napoli, 1925, XXXIV, 9, 10, 385-444).
- DARTIGUES. — *Presse Médicale*, 10 nov. 1920.
- DARTIGUES et CARAVEN. — *Presse Médical*, avril 1908, n° 28.
- DE BOVIS. — *Semaine Médicale*, 1908.
- DELBET et CARAVEN. — *Rev. de Gyn.*, févr. 1908, XII, 1.
- DERSELBE. — Sulla distocia da ventrofissazione (*Rev. Franç. de Gyn. et Obst.*, août 1921, 16-8).
- DOLÉRIS. — *La Gynécologie*, sept. 1911.
- DOUAY. — La Rétroversion utérine (*Rev. Franç. de Gyn. et Obst.*, 1937).
- DUHAIL. — *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1926, III, 125.
- FAURE (J.). — *Traité de Gynécologie*, 1914.
- FEDRIADI. — *Rev. española de Obst. y Ginec.*, 1925, n° 115.
- FÜTH (H.). — Retroflexio und Unfall (*Centrblatt. f. Gyn.*, Leipzig, 1926, 4, 14, 817).
- GOSSET. — De la ligamentopexie de Doléris (*J. de Chirurgie*, déc. 1912, 310).
- GRAD (H.). — *The American J. of Obst. and Gyn.*, Saint-Louis, fév. 1912.
- GUY (A.). — Complications chirurgicales et médicales des fixations utérines. *Thèse de Paris*, 1937.
- GYARMATI (E.). — Late results of pelvic hysteropexy (Pestalozza) ; cases (*Ginecologia*, nov. 1937, 885-922).
- HARTMANN. — *Gynécologie opératoire*, p. 420.
- HENNEBERG (H.). — *Gyn. et Obst.*, Paris, 1923, II, 138, 598.
- JAYLE. — *Presse Médicale*, 1906.
- KEEFE (J.). — A new operation for the correction of retroflexion of the uterus (*Boston med. and Surg. J.*, 1923, vol. 188-10).
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité Médico-Chirurgicale de Gynécologie*, 1914.
- LIMA RODRIGUÈS. — Opération de Pestalozza pour un cas de rétroversion. (*Rev. di Gyn. e obst. de Rio de Janeiro*, juillet 1920, n° 7).

- LUQUE. — Trait. des rétroversions (*Gyn. et Obst.*, 1925, XII, 476).
- MAC GRATH (J. F.). — Retroposit. of uterus. A present day estimate. (*Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, 1926, XLII, 2, 241).
- MARZETTI (V.). — Traitement des rétrodéviations utérines (*Rev. de Gyn. et d'Obstétr.*, Paris, oct. 1926, XIV, 233).
- MEYER et WIRTZ. — Die Klinische Wertung der Retroflexio uteri mobile (*Schweis. med. Wochenschr.*, Basel, 1926, LVI, 6, 121).
- MORISON (A.). — The operative treatement of retroversion and prolapse (*The Lancet*, 21 oct. 1911, n° 4599).
- ORAISON. — *Paris Médical*, 6 août 1921.
- OLSHAUSEN. — *Centrblatt. f. Gyn.*, 1923.
- PESTALOZZA (E.). — Cura chirurgica della retroflessione uterina (isteropessi pelvica) (*Atti. d. Soc. ital. di Ostet. e Ginec.*, 1912, Roma 1913, 83-104).
- Per la cura operativa della retroflessione uterina (*Atti. d. Soc. ital. di Ost. e Gin.*, vol. 12, 1907, vol. 17, 1912).
- *Riv. mens. di Gin. Ostet. e Ped.* 1907, II, 361.
- PISTUDDI (A.). — A propos du traitement des rétroversions (*Gynéc. et Obstétr.*, 1926, I, 351).
- PROUST (R.). — Technique des interventions dans les rétroversions en dehors de la grossesse (*Gyn. et Obst.*, 1923).
- RAGUSA. — Etiologie du prolapsus utérin et le traitement opératoire de Pestalozza (*Folia Gynecologica*, vol. XX, fasc. 3, 1924).
- *Rivista italiana di Ginecologia sett. ott.*, 1924.
- ROMAN. — Les échecs de la chirurgie conservatrice dans les affections inflammatoires des annexes. *Thèse de Lyon*, 1939.
- ROSSIER. — Congrès des Gynécologues de langue française, Genève 1923.

- SCHLINCK. — Med. J. of. Australia (Sydney) 1924, XI, I, 13, 307.
- SIREDEY. — Les rétrodéviations utérines (*La Gynécologie*, mai 1920).
- STÆCKEL. — *Deutsch. med. Wochenschr.* (Berlin), 1924, L, 31, 1039.
- TASCA (P.). — Contributo alla cura operativa delle retrodeviazioni uterine colla isteropessi pelvica de Pestalozza (*Riv. osp.*, Roma, 1921, XI, 251-256).
- VANDER ELST. — Une nouvelle technique de pexie utérine pour rétroversion (*Arch. franco-belges de chirurgie*, 1927, p. 310).
- VIOLET (H.). — De l'utilisation du péritoine vésical pour la péritonisation dans les interventions conservatrices sur l'utérus et l'origine des trompes (*Congrès de Chirurgie*, 1933).
- Traitement des rétroversions utérines par la vésicofixation haute (*Lyon Médical*, 21 juillet 1935).
- WALTHER. — *XVIII^e Congrès de l'Ass. Franç. de Chirurgie*, 1905.

